

Patiëntnummer

 Initialen
1. Wat zijn uw voedingsgewoonten? (kruis alle mogelijkheden aan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Geen specifieke voedingsgewoonte | <input type="checkbox"/> Ik vermijd koolhydraten |
| <input type="checkbox"/> Ik eet vegetarisch | <input type="checkbox"/> Ik gebruik een vetarm dieet |
| <input type="checkbox"/> Ik eet veganistisch | <input type="checkbox"/> Ik ben lactose intolerant |
| <input type="checkbox"/> Glutenvrij | <input type="checkbox"/> Ander dieet ivm intoleranties / allergie |
| <input type="checkbox"/> Ik vermijd toegevoegd suiker | <input type="checkbox"/> Overig |

2. Waar was u voor deze opname?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Thuis | <input type="radio"/> Overgeplaatst van een ander ziekenhuis |
| <input type="radio"/> Verpleeg of verzorgingshuis | <input type="radio"/> Overige |

3. Kunt u lopen?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nee, ik heb een rolstoel |
| <input type="radio"/> Ja, met hulp | <input type="radio"/> Nee, ik ben bedlegerig |
| <input type="radio"/> Ja, met een hulpmiddel (stok, rollater) | |

4. In het algemeen is uw gezondheid

- | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Erg goed | <input type="radio"/> Goed | <input type="radio"/> Matig | <input type="radio"/> Slecht | <input type="radio"/> Erg slecht |
|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------------|

5. In de afgelopen 12 maanden voor deze opname ongeveer..

Hoe vaak heeft u een arts bezocht?	<input type="text"/>	Keren
Hoe vaak bent u opgenomen (spoedeisende hulp, afdeling)	<input type="text"/>	Keren
Hoeveel nachten heeft u in een ziekenhuis gelegen?	<input type="text"/>	Nachten

6. Hoeveel verschillende geneesmiddelen gebruikt u per dag (voorafgaande aan de opname)?

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> 1 tot 2 | <input type="radio"/> Geen |
| <input type="radio"/> 3 tot 5 | <input type="radio"/> Onbekend |
| <input type="radio"/> Meer dan 5 | |

7. Heeft u een zorgverzekering?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Ja, privé verzekering | <input type="radio"/> Nee |
| <input type="radio"/> Ja, overheidsverzekering | <input type="radio"/> Ik geef hier geen antwoord op |
| <input type="radio"/> Ja, beide | |

8. Wat was uw gewicht 5 jaar geleden?
 kg Onbekend

9a. Heeft u de afgelopen 3 maanden gewicht verloren?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Ja, bedoeld | <input type="radio"/> Nee, ik ben aangekomen |
| <input type="radio"/> Ja, onbedoeld | <input type="radio"/> Weet ik niet |
| <input type="radio"/> Nee, mijn gewicht is gelijk gebleven | |

9b. Zo ja, hoeveel kilo heeft u verloren?
 kg Weet ik niet

10. Was u op de hoogte van uw opname twee dagen voor de opname?

-
- Ja
-
- Nee

11. Geef aan of u....

...bent gewogen bij opname	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend
...geïnformeerd bent over uw voedingsstatus	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend
...geïnformeerd bent over de mogelijkheden van de voeding	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend
...speciale voeding heeft aangeboden gekregen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Onbekend

Ga door naar formulier 3b

Patiënt ID

Initialen

12. Hoe goed heeft u in de week voor uw opname gegeten?

- Meer dan normaal
- Normaal
- Ongeveer 3/4 van normaal
- Ongeveer 1/2 van normaal
- Ongeveer 1/4 of minder

13. Bent u tevreden over de voeding in het ziekenhuis

- Erg tevreden
- Tevreden
- Neutraal
- Ontevreden
- Erg ontevreden
- Onbekend

14. Heeft u VANDAAG hulp gekregen bij het eten?

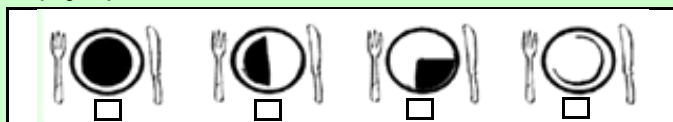
- Ja, van familie / vrienden
- Ja, van zorgverlener
- Nee

15. Heeft u kunnen eten zonder dat u gestoord werd?

- Ja
- Nee

16a. Geef aan hoeveel u vandaag heeft gegeten van de ziekenhuismaaltijd?

(bijna) alles De helft Een kwart Niets



16b. De portiegrootte die ik vandaag heb besteld was...

- Standaard
- Kleiner
- Groter
- Onbekend

17. Indien u niets heeft gegeten kunt u aangeven waarom? (kruis alle mogelijkheden aan)

- Ik vond de soort eten niet prettig
- Ik vond de geur/smaak niet lekker
- Het eten paste niet binnen mijn culturele / religieuze voorschriften
- Het eten was te heet
- Het eten was te koud
- In verband met allergie / intolerantie
- Ik had geen honger
- Ik had niet mijn normale eetlust
- Ik heb problemen met slikken / kauwen
- Ik eet meestal minder
- Ik was misselijk / moest overgeven
- Ik was te moe
- Ik kan niet eten zonder hulp
- Ik mocht niet eten
- Ik had een onderzoek / operatie en heb mijn maaltijd gemist
- Ik kreeg niet het eten dat ik besteld had

18. Geef het aantal glazen/kopjes aan dat u de laatste 24 uur gebruikt heeft

- Water Koffie Vuchtensap Drinkvoeding
- Thee Melk Frisdrank Overige

19a. Heeft u iets anders dan ziekenhuiseten gegeten?

- Ja Nee

19b. Zo ja, wat heeft u gegeten?

- Zoete snack
- Hartige snack
- Huisgemaakt eten
- Fruit
- Zuivelproducten
- Eten laten bezorgen / gegeten in restaurant
- Belegd brood(je)
- Overig

20. Is uw voedingsinname veranderd tijdens de opname?

- Verbeterd Verminderd Gelijk gebleven Onbekend

21. Vandaag voel ik mij...

- Sterker dan bij opname
- Zwakker dan bij opname
- Gelijk aan opname
- Ik ben vandaag opgenomen Onbekend

22. Kunt u VANDAAG lopen zonder hulp?

- Ja
- Nee, alleen met hulp
- Nee, ik blijf in bed

23. Heeft u hulp gehad bij het invullen van de vragen...

- Ja Nee

Dank u!